

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉCHINOCOCCOSE SECONDAIRE
DU PÉRITOINE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Henri-Philippe SÉGUY

Elève du Service de Santé de la Marine
Né à Carcassonne (Aude), le 1^{er} août 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, Professeur	Président.
		BONNIN, Professeur	{ Juges.
		LOUBAT, Agrégé	
		JOULIA, Agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931





Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉCHINOCOCCOSE SECONDAIRE
DU PÉRITOINE

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 18 Décembre 1931

PAR

Henri-Philippe SÉGUY

Elève du Service de Santé de la Marine
Né à Carcassonne (Aude), le 1^{er} août 1906

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, Professeur	<i>Président.</i>
		BONNIN, Professeur	} <i>Juges.</i>
		LOUBAT, Agrégé	
		JOULIA, Agrégé	

BORDEAUX
Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC, DENIGES, AUÇHE.

PROFESSEURS

MM.		MM
Clinique médicale	MAURIAC. CASSAET. CHAVANNAZ. BEGOUIN.	Clinique chirurgicale, in- fantile et orthopédie ROCHER Clinique gynécologique... GUYOT.
Clinique chirurgicale.	CARLES. ANDERODIAS.	Clinique médicale des ma- ladies des enfants..... CRUCHET
Pathologie et thérapeuti- que générales	SABRAZES.	Chimie biologique et mé- dicale..... DELAUNAY.
Clinique d'accouchements.	VILLEMIN.	Physique médicale et phar- macéutique..... SIGALAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique....	G. DUBREUIL. PACHON.	Médecine coloniale et clini- que des maladies exoti- ques..... BONNIN
Anatomie	LEURET.	Clinique des maladies cuta- nées et syphilitiques.... PETGES.
Anatomie générale et his- tologie	LANDE	Clin. des mal. des voies urinaires.. DUVERGEY
Physiologie	RÉCHOU CHELLE,	Clinique des maladies nerve- uses et mentales..... ABADIE
Hygiène	BEILLE. DUPOUY.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie... PORTMANN.
Médecine légale et déon- tologie	MANDOUILL DUPERIE.	Toxicologie et hygiène ap- pliquée..... LABAT.
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale....	TEULIERES.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..... SELLIER.
Chimie		
Botanique et matière mé- dicale		
Pharmacie		
Zoologie et parasitologie..		
Médecine expérimentale..		
Clinique ophtalmologique..		

MICHELEAU (Médecine générale).

MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie). LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale..... { PAPIN. JEANNENEY
Technologie.....	DUFOUR.	{ CHARRIER.
Physiologie.....	FABRE.	{ LOUBAT.
Parasitologie et Sciences naturelles	R. SIGALAS.	{ PERY.
	CREYX	{ RIVIÈRE.
	AUBERTIN.	
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophthalmologie..... BEAUVIEUX
	PIECHAUD.	
	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligra- phie..... JOULIA.
Maladies mentales.....	PERRENS.	Chimie générale pharma- ceutique et toxicologie... VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIE	Puériculture	FAUGERE.
Médecine opératoire	PAPIN	Pharmacie chimique	GOLSE
Accouchements	RIVIERE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie	CABANNES		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . MM. N...

Cours complémentaire annexe — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA SŒUR

*Dont la mémoire m'est si
chère.*

A MA MERE

A MA FEMME

*Qui m'a apporté le soutien de
sa tendresse infinie.*

A MES MAÎTRES

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A M. LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES COLONIES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE DE SAINTE-ANNE
DE RUSSIE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Qui a eu la bonté de m'inspi-
rer et de présider cette thèse.*

HISTORIQUE

Pendant longtemps, la possibilité d'une greffe échinococcique paraît avoir été ignorée, et il faut arriver en 1793 pour trouver la première trace de cette notion. A ce moment, Hunter, ayant eu à observer un cas de kystes hydatiques du bassin, coïncidant avec quelques kystes spléniques, en conclut à la probabilité d'une greffe des kystes de la rate dans le bassin.

Cependant, malgré Hunter, malgré Richter qui, en 1797, défend la même idée, malgré Finsen qui, en 1867, dans son Mémoire, pense à une greffe des scolex, malgré Wolkmann, enfin, qui, en 1877, signale le danger des ponctions pouvant amener la chute dans la cavité péritonéale et la greffe des jeunes scolex, cette idée fut vivement combattue pendant plus d'un siècle et ne fut adoptée que très tard par les anatomistes.

En effet, Charcot (1852), Charcot et Davaine (1857) émettent l'idée d'une multi-infestation de l'organisme et supposent que les kystes se développent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal par le même processus qu'ils suivent pour se développer dans les viscères abdominaux et le poumon.

Freund (1879) affirme qu'il y a des kystes primitifs, et ceux-ci sont dans le tissu cellulaire, sous-séreux, ne venant donc pas de la cavité abdominale. Ce sont les plus fréquents, et l'embryon paraît être venu par voie sanguine ou lymphatique; et que les kystes à l'état libre dans la cavité abdominale sont secondaires à l'énucléation des kystes du

mésentère et de l'épiploon. Tillaux, Nicaise (1884), Walther (1886), Tuffier (1891), Albert confirment cette observation.

Cependant, les cliniciens voyant un autre côté de la question, observaient et jugeaient plus sainement. Potain (1877) dénie la constance de la mort dans le cas de rupture de kyste et signale des faits de greffe. En France, Rendu et Havage (1879), Féréol (1880), Péan, Masseron, Pinard, Poulalion (1890), Pauchet (1893), Létienne (1894), Debove et Soupault publient les uns après les autres des observations assez concluantes de greffe échinococcique. De même à l'étranger, Gratia (1883) en Belgique, L. Tait en Angleterre, Koenig, Krause (1889), Olshausen (1889), Hohl (1892), Langenbuch en Allemagne, Heineke et Billroth en Autriche admettent la greffe comme le mode le plus probable d'infection péritonéale échinococcique.

Cependant, la grande majorité des chirurgiens restait indifférente à cette évolution et beaucoup, parmi lesquels Lucas-Championnière et Potherat la combattaient.

Pourtant, de cette époque date le début de la période expérimentale qui prouva définitivement la possibilité de la greffe aux dépens des scolex et des hydatides filles. Neumann (1886), Lebedeff et Andreef (1889), Stanitzky, Peiper, Belogorodsky, Riemann, Gourine tentent, tour à tour, des greffes de vésicules filles, de vésicules proligères, de scolex, et y réussissent, tout au moins en partie ; mais c'est à Dévé que revient l'honneur, par sa thèse de 1901, d'avoir établi la possibilité de la greffe, dans une série de cinquante-quatre expériences concluantes, tant au niveau du péritoine qu'au niveau du poumon, de la plèvre et des veines, et par la réunion d'une série d'observations caractéristiques.

Depuis cette époque, Dévé a toujours essayé de rapporter tous les cas de kystes du péritoine à des greffes du péritoine. On a essayé de décrire les formes particulières : Masméjan, thèse Montpellier (1912), Lemaire (1909-1910),

d'étudier les complications (Fenouillet, 1920) ; et, tandis que les Italiens Manassei, et les Allemands (Blumenthal, Unger) essayaient de terminer la mise au point des réactions de laboratoire, les Français Quénu, Dévé, les Argentins José del Campo, Domingo Prat perfectionnaient les méthodes de traitement avec la réduction sans drainage et la formolisation antitoxique, puis antianaphylactique préalable (Dévé, 1930).

LE MÉCANISME DE L'INFESTATION PÉRITONÉALE

Pour bien étudier le mécanisme de l'infestation péritonéale, il faut considérer deux sortes de cas : car ce mécanisme paraît différer suivant qu'il s'agit de kystes multiples ou de kystes solitaires de l'abdomen.

Quoi qu'il en soit, il faut considérer dans ces deux cas trois voies d'accès possibles :

1° La voie sanguine, telle qu'elle existe pour les kystes hydatiques du foie ou des poumons ;

2° L'implantation locale, secondaire à la diffusion du liquide hydatique après une ponction, ou à la rupture d'un kyste primitif viscéral, le plus souvent hépatique ;

3° La migration active du scolex.

I. Les kystes multiples.

I. La voie sanguine : l'embryon hydatique passerait au travers du crible hépato-pulmonaire pour arriver jusqu'au péritoine. C'est une chose bien difficile à croire que cette infestation multiple par voie sanguine lorsqu'on observe des milliers de kystes dans une même cavité abdominale. De plus, comment expliquerait-on le peu de fréquence relatif d'une complication pulmonaire dans de tels cas (11,8 % environ, cite Douglas Fairley).

II. La greffe locale secondaire, bien connue depuis Dévé. Les kystes multiples du péritoine peuvent provenir de la greffe des scolex et des vésicules-filles, après l'issue de

liquide suivant une ponction ou la rupture d'un kyste abdominal. Les scolex et les vésicules filles, tombant dans la cavité péritonéale, se localisent dans les replis séreux, particulièrement dans les parties basses de l'abdomen. Cette implantation secondaire est prouvée par deux ordres de faits : expérimentaux et cliniques.

a) Expérimentaux : l'inoculation des scolex à un animal, dit Dévé, permet d'obtenir des kystes hydatiques. Ces kystes présentent, en un point de leur paroi, un amas de crochets marquant le point d'implantation de la greffe. On a pu suivre les différentes phases de transformation kystique du scolex. Dévé a même réussi, en mars-avril 1928, par culture *in vitro* de sable hydatique dans un mélange à parties égales de liquide hydatique et d'ascite, sans renouvellement des milieux, à obtenir des scolex vésiculeux à paroi mince, et des microvésicules hydatiques à paroi cuticulaire épaisse, réfringente, feuilletée ; et par culture en sac de collodion placé dans le péritoine de deux lapins, à obtenir des microvésicules hydatiques opalines et vivantes, de 2 à 5 m/m , après soixante-dix-neuf jours, donc avec une croissance plus rapide que dans les tissus ; en effet, « les germes sont protégés contre les réaction tissulaires et l'enkystement adventice ».

b) Cliniques : On ne connaît encore aucun cas probant de kystes multiples primitifs du péritoine et, d'ailleurs, « quelle voie d'apport peut être commune à des lésions qui siègent à la fois : à la surface du foie, de la rate, dans les épiploons et les mésentères, dans le cul-de-sac vésico-rectal, à la face inférieure du diaphragme, à la face postérieure de la paroi abdominale ; une seule : la voie péritonéale. Et il n'y a que la rupture d'un kyste abdominal qui puisse jeter d'un coup ces milliers de germes, qui donneront les milliers de kystes signalés dans les observations ».

Au point de vue clinique, d'ailleurs, la grande majorité des malades raconte soit une histoire de crise aiguë abdo-

minale, dont ils ont, en général, guéri après quelques jours, soit une histoire d'opération antérieure, soit les deux.

La présence de tous ces faits réunis permet d'affirmer que le mode à peu près constant d'infestation du péritoine est la greffe de nombreux scolex ou vésicules filles provenant de la ponction ou de la rupture d'un kyste abdominal.

III. Il est une troisième voie que l'on pourrait envisager. C'est celle d'une migration active de l'embryon. Elle a déjà été soutenue par Albert (1887) dans sa thèse, par Forgue (1899). L'embryon percerait la paroi abdominale en un point quelconque du tractus digestif, mais plus particulièrement au niveau du rectum où la perforation serait facilitée par la stase constante des matières fécales. Il semble assez peu probable que, chez un même malade, de très nombreux embryons puissent prendre cette voie.

Quoi qu'il en soit, et malgré l'extrême fréquence de la greffe péritonéale, il existe des cas assez troublants ou des examens sérieux, cliniques et opératoires, de la cavité abdominale, ne permettant pas de relever la moindre trace d'une rupture de kyste hépatique ou splénique. Il en est ainsi dans l'observation I, de M. le P^r Guyot, où s'ajoutent : l'absence de crise de rupture et l'absence de poussée d'urticaire. Cependant, ces deux signes sont d'intérêt moindre, car ils ne sont pas toujours présents et, dans ce cas même, on a trouvé à l'opération des kystes rompus qui n'avaient provoqué : ni crise abdominale, ni crise urticaire.

Ces kystes multiples pouvaient être primitifs et être venus par voie sanguine ou par migration active.

Pourtant, il est une autre hypothèse à laquelle nous préférons nous rallier : A l'ouverture de l'abdomen, on a trouvé des kystes nombreux, parmi lesquels un très gros kyste à paroi très épaisse. Il nous paraît probable que ce kyste pelvien est un kyste ancien, solitaire et primitif, qui

s'est rompu, ensemençant le péritoine, puis reformé, chose fréquente.

« Nous rappellerons combien fréquemment les kystes se reforment après ponction ou rupture ». Dévé, *Thèse*, 1901, p. 74.

II. Les kystes solitaires.

I. La voie sanguine : On remarque, dans le cas de kyste solitaire du péritoine, la rareté clinique des kystes du poumon concomitants. K.-D. Fairley, sur huit cas de kystes solitaires, ne trouve pas un seul kyste du poumon. Dans les observations que nous avons relevées, on n'en trouve pas davantage. C'est pourquoi il est probable que la véhicularisation par le courant sanguin ne doit être qu'un mode tout à fait occasionnel d'infestation.

II. La greffe locale secondaire paraît, quoi qu'en dise Dévé, être aussi un mode d'infestation assez rare. Il est difficile, d'ailleurs, de concevoir comment un kyste seulement pourrait se développer dans une cavité abdominale, alors que des milliers de scolex et de très nombreuses vésicules l'ont souillée, ce qui doit amener invariablement à l'infestation multiple.

Sur huit cas que cite D. Fairley, « pas un de ces malades à kyste solitaire, dit-il, ne donne une histoire de trouble abdominal aigu. Deux ont été opérés, pour kyste du foie, quinze et cinq ans avant, respectivement. Dans ces cas, le kyste péritonéal était probablement issu de l'infestation hydatique originelle, et n'avait aucune relation avec l'opération antérieure ».

De plus, sur les deux malades opérés, il faut remarquer que : chez le premier, les parois du kyste étaient très épaisses et entièrement cartilagineuses, ce qui laisse supposer que le kyste était là depuis un temps fort long, et que chez le deuxième, le kyste était énorme, suppurant,

étendu de la surface sous-hépatique à la fosse iliaque droite (probablement un kyste hépatique qui avait été inclus dans la cavité péritonéale au cours de son développement).

III. La migration active du parasite, qui paraît le moyen le plus habituel d'infestation péritonéale. L'embryon traverse soit la paroi intestinale, soit le foie lui-même, gagne le péritoine, et donne un kyste unique.

C'est la seule voie qui puisse expliquer à la fois l'unicité du kyste, l'absence de toute complication pulmonaire, le peu de fréquence de l'infestation du foie.

D'ailleurs, lorsqu'on ne possède pas la preuve formelle qu'un kyste est primitif, pourquoi le placerait-on au rang de kyste secondaire, alors qu'on ne possède pas davantage la preuve absolue qu'il est secondaire ? De plus, pourquoi considérer obligatoirement la présence éventuelle d'un kyste du foie ou de la rate comme test révélateur d'une greffe secondaire, et pourquoi l'absorption infestante ne l'aurait-elle pas été à la fois et en même temps pour le viscére et pour la séreuse ?

Quoi qu'il en soit, il apparaît possible, actuellement, en employant tous les moyens que peuvent nous offrir la clinique, l'anatomo-pathologie, les examens de laboratoire et l'examen aux Rayons X, de se rendre compte si un kyste hydatique est secondaire ou primitif ; et, d'après les observations que nous avons compulsées, ils nous paraissent plus habituellement primitifs que secondaires. Nous en avons conservé trois où cela nous paraît à peu près indiscutable.

Dans l'observation XI, la malade était en bonne santé trois ans après l'intervention. Un examen clinique très minutieux de tous les organes, fait après ces trois ans, ne permet de relever aucun symptôme anormal. L'examen aux Rayons X du crâne, du thorax, de l'abdomen (en particulier du foie et de la rate) est entièrement négatif. Négatives aussi les trois réactions de Ghédini-Weinberg faites à divers intervalles. Enfin, on ne peut trouver, dans les anté-

cédents, une crise aiguë abdominale quelconque qui puisse laisser supposer une rupture de kyste.

Dans l'observation XII, la malade a été opérée depuis cinq ans, et, revue plusieurs fois par an, a toujours été trouvée en excellente santé. Le Weinberg, fait plusieurs fois après l'opération, le Casoni pratiqué en juillet 1927, à l'Hôpital Saint-André, dans le laboratoire de M. le P^r Mauriac, ont été absolument négatifs ; négative : une radio de l'abdomen ; négatif aussi l'examen rapide, mais direct de la cavité abdominale, pratiqué en 1921, à Bel-Air, au moment où on a effectué la laparotomie.

Il est à remarquer que dans les deux cas l'examen de la cavité abdominale aux Rayons X n'a pas été pratiqué dans les conditions les plus favorables pour bien faire un diagnostic de kyste hydatique, c'est-à-dire après un pneumopéritoine ; cependant, la réunion de ce faisceau de symptômes négatifs nous paraît presque équivalente à une constatation *post-mortem*.

Enfin, dans l'observation IX, même à l'autopsie, faite dans le but de rechercher un autre kyste, il a été absolument impossible de le trouver.

Il nous paraît donc tout à fait juste de considérer ces trois cas comme des cas de kystes primitifs, jusqu'à preuve du contraire.

Enfin, dans les observations (VIII, XIV, XV, XVI), de Ferrer, de Fairley, de Guichemerre, de Tatoni, de Walther, les kystes sont probablement primitifs. Dolgopouloff en publie un cas (*Chirurgia*, 1910), Lardennois un autre, Mario Massia cite encore un cas d'échinococcose primitive contrôlé à l'autopsie (*Riforma Medica*, 1929, p. 1135), Aimes en réunit trente-huit cas (*Chirurgie du grand épiploon*, p. 170).

Les kystes hydatiques solitaires peuvent donc être primitifs ; ils nous paraissent même plus souvent primitifs que secondaires à une greffe péritonéale.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre, nous nous bornerons à rappeler la symptomatologie générale des kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale, qui est bien connue, et nous insisterons plus particulièrement sur certaines formes cliniques, où le diagnostic, à l'heure actuelle, n'est encore fait que très rarement.

I. Signes des kystes multiples non compliqués du péritoine.

Dans la grande majorité des cas (82 % dans la série publiée par D. Fairley, 86 % des cas trouvés dans la thèse de Duvé), il existe des antécédents révélateurs. Et si l'interrogatoire est conduit avec méthode, on arrive très souvent à faire préciser au malade tel fait qui nous amènera sur la voie du diagnostic.

Il peut y avoir eu, quelques mois auparavant, ou même davantage, une opération pour kyste hydatique abdominal; ou bien une quelconque histoire de crise aiguë abdominale, d'« abdomen aigu », avec douleur, vomissements, défense pariétale, accompagnés ou non d'un état syncopal, d'accélération du pouls, d'élévation de la température, etc..., qui est survenue spontanément ou après un traumatisme, et aura pu être accompagnée d'une éruption urticarienne et de prurit généralisé. Quelquefois, le malade aura remarqué, au niveau de l'abdomen, un gonflement qui s'est accen-

tué peu à peu, et qui, avec ou sans accident causal, accompagné ou non de douleur aiguë et de sensation de déchirure interne, a brusquement disparu, du jour au lendemain.

Il est cependant des cas, assez fréquents, où le malade n'a observé aucune tumeur, et ne fait mention d'aucun accident initial, surtout si l'interrogatoire est peu poussé. « Le clinicien doit donc être averti de ces omissions habituelles du malade, et insister systématiquement, au cours d'un interrogatoire précis, pour pouvoir mettre en évidence le début de ces processus, fruit de la rupture d'un kyste hydatique, qui s'est présenté jusque là comme un kyste primitif du foie » (Domingo Prat). L'intervalle entre ce moment et celui où le malade demande pour la première fois ou à nouveau l'avis médical, varie d'habitude de quelques mois à cinq ans (bien que, dans certains cas, où on trouve en général des kystes calcifiés, le trouble antérieur date de beaucoup plus longtemps (Obs. V).

Le début est habituellement lent, insidieux, et ce n'est que rarement que l'arrivée soudaine et aiguë d'une complication (rupture ou suppuration du kyste) amenant des manifestations systématiques (crise abdominale aiguë, signes d'infection, accidents anaphylactiques) amène à la découverte de la maladie.

En règle générale, la seule plainte du malade est qu'il s'est aperçu, il y a quelques mois, d'une augmentation progressive de volume de son abdomen, ou que l'une ou plusieurs des parties de son ventre ont « gonflé » durant les quelques mois antérieurs (en général de trois mois à trois ans).

Les troubles gastro-intestinaux sont peu fréquents, cependant, il faut signaler l'anorexie, une douleur plus ou moins précise après les repas, une sensation de plénitude de l'abdomen, des vomissements, des coliques ou de la constipation.

S'il y a des kystes multiples du bassin, le tableau peut

changer et s'accompagner de signes de compression. La pollakiurie, ainsi que la douleur pendant ou après la miction, peuvent exister du côté des organes urinaires, tandis que du côté intestinal la constipation peut devenir gênante, par suite de la compression produite sur la vessie et sur le rectum par un ou plusieurs kystes. Ces signes-là se trouvent surtout lorsque les kystes se sont développés dans le cul-de-sac de Douglas.

On ne trouve pas de manifestations systématisées dans les kystes non compliqués. La température, le pouls, la respiration ne sont pas affectés, la faiblesse et la cachexie ne sont que peu observées, du moins au début de l'évolution.

Il faut quelquefois ajouter à ce tableau les signes que peuvent donner des kystes hydatiques situés quelque part ailleurs dans le corps.

A l'examen, on ne trouve aucune manifestation systématique. L'inspection peut montrer, soit une tuméfaction globale du ventre, soit la présence de bosselures localisées en un quelconque endroit de l'abdomen. Il n'y a pas d'œdème du tissu cellulaire de la paroi, mais quelquefois de la circulation collatérale supplémentaire. Dans les cas très avancés, à kystes particulièrement nombreux, on peut observer de l'œdème, par compression de la veine cave. Il peut y avoir un amaigrissement et un état de débilité très marqués, consécutifs à un défaut de nutrition.

La palpation locale révèle la présence de tumeurs lisses, arrondies, indolores, de consistance ferme et élastique, entièrement mobiles sous les mains qui examinent, ou suivant les changements de position du malade, et n'ayant aucune connexion apparente avec les organes abdominaux. Ceci est une description clinique générale, mais il est des cas où les tumeurs paraissent plus ou moins fixées et adhérentes aux viscères.

A la percussion, les tumeurs sont absolument mates, à moins qu'elles ne soient recouvertes par les intestins. Le

frémissement hydatique, plus fréquent avec les kystes du péritoine qu'avec ceux de toute autre partie du corps, est un signe de grande importance et qui doit immédiatement mettre sur la voie du diagnostic. Cependant, il ne faut pas lui accorder une valeur absolue, car on le trouve dans un certain nombre d'autres affections abdominales. En effet, il dépend de la souplesse des parois du kyste, de la tension du liquide, de sa qualité fluide, conditions qui peuvent se trouver remplies dans tous les autres kystes de l'abdomen, et même dans l'hydronéphrose.

La ponction exploratrice ne doit jamais être tentée. Cependant, elle est faite quelquefois par erreur : dans ce cas, on retirera un liquide eau de roche.

Les réactions de laboratoire (réactions de Ghedini-Weinberg, de Casoni (intra dermique), de Pontano (sous-cutanée) doivent être pratiquées, soit isolément, soit ensemble. Les Italiens (avec Manassei, de Rome) considèrent le Casoni comme supérieur au Weinberg, et donnent comme moyenne de réactions positives : Casoni, 84 % ; Pontano, 66 % ; Weinberg, 50 %. Les Allemands (avec Blumenthal et Unger), attirent l'attention sur l'importance de la réaction de Weinberg. Si l'on excepte les sujets ayant un Bordet-Wassermann positif, la réaction permet d'affirmer la présence de kystes hydatiques. Une réaction négative est sans valeur, car il y a des kystes à parois imperméables. Dans ces cas, l'éosinophilie est, en général, négative.

L'éosinophilie est à peu près sans valeur à elle seule. Elle n'existe que dans 20 % des cas. Enfin, il est un moyen de diagnostic assez récemment utilisé pour les kystes hydatiques de l'abdomen : c'est la radiographie avec pneumopéritoine.

Antérieurement, la radiographie sans l'emploi de milieux contrastants donnait à l'examen de la cavité abdominale une image homogène ne permettant aucun diagnostic. On ne pouvait se baser que sur des signes indirects,

supposer simplement l'échinococcose (kyste du mésentère déplaçant les organes voisins par exemple).

L'introduction dans la pratique du pneumopéritoine permet la localisation exacte de la tumeur; de plus, « on peut dans beaucoup de cas fixer sur la plaque photographique le kyste hydatique, déterminer ses dimensions, ses rapports avec les organes voisins et, parfois, discerner le degré d'adhérence à ces organes, ce qui est très important dans les interventions chirurgicales » (Ouspensky, *Journal de Radiologie*, juillet 1928). Il est des cas où la probabilité même de l'échinococcose ne vient à l'esprit qu'après l'application d'un pneumopéritoine. Par contre, la méthode est loin d'être infaillible (cas d'Ouspensky, où un immense kyste de la cavité abdominale n'a pu donner un tableau démonstratif). « Les Rayons X donnent seulement la précision et l'exactitude au tableau clinique de la maladie et, par là, fixent la direction et la manière de l'intervention chirurgicale. »

Le diagnostic des kystes hydatiques du péritoine est difficile, souvent jusqu'à une période très avancée de la maladie, et c'est souvent l'opération qui, même actuellement, le vérifie ou le fait connaître.

Ce que nous avons dit précédemment montre la grande importance d'un interrogatoire précis et conduit avec méthode, recherchant des faits antérieurs que le malade n'aurait même pas pensé à évoquer. Dans la grande majorité des cas, une histoire de rupture de kyste aide beaucoup au diagnostic, tandis qu'il est rarement fait si cette histoire est absente.

D'une manière générale, les caractères de la tumeur réunis à la positivité des réactions de laboratoire sont les signes qui aident le plus au diagnostic. Une réaction de Casoni négative indique que le malade n'est pas sensible au liquide hydatique, ce qui ne signifie pas qu'il n'y a pas de kyste, mais que s'il y en a un, le malade ne souffrira pas de troubles anaphylactiques après rupture ou opération.

Une réaction positive ne doit jamais donner l'assurance que la défense de l'organisme empêchera toute greffe secondaire.

On devra discuter le diagnostic avec les affections qui s'accompagnent :

Soit d'ascite,

Soit d'une ou plusieurs tumeurs.

En général, on pourra penser :

1° A une péritonite tuberculeuse. La différenciation est quelquefois très difficile car l'aspect clinique et l'aspect macroscopique pendant l'opération sont souvent les mêmes (pseudo-tuberculose miliaire de Duvé). Si la péritonite est cloisonnée, on sent que le liquide est plus superficiel ; on n'a pas la sensation de limites nettes, de parois tendues et rénitentes.

Moyen de Forgue : En faisant asseoir le malade, il y aura une saillie oblongue due à la poussée liquidienne, entre les deux bords des grands droits, qui n'existe pas si c'est un kyste, sa poche ne permettant pas cette poussée.

2° A une péritonite cancéreuse, à une tumeur maligne que l'on éliminera par les antécédents, l'âge du malade, la consistance, la présence de ganglions, l'état général, l'évolution rapide ;

3° A un rein flottant, à une hydronéphrose dont on devra approfondir les caractères particuliers ;

4° Aux kystes du mésentère ou du grand épiploon d'origine non hydatique.

Dans tous ces cas, utiliser largement les réactions de Weinberg et de Casoni.

II. Les kystes solitaires non compliqués.

La majeure partie des kystes hydatiques uniques du péritoine sont trouvés dans la cavité pelvienne ; aussi, les symptômes qu'ils produisent sont ceux d'une tumeur quel-

conque du pelvis, et sont dûs à la compression produite par le kyste sur les parties voisines.

A) CHEZ L'HOMME

On trouve le kyste le plus souvent dans le cul-de-sac vésico-rectal, où il donne des signes de compression de la vessie ou du rectum, ou les deux. On a cru, pendant longtemps, qu'ils étaient de siège prostatique. En réalité, d'après Vicente Compan, ils sont situés dans le tissu cellulaire sous péritonéal, limités en bas par l'aponévrose de Denonvilliers.

Ils se traduisent par des signes urinaires (fréquence et douleur de la miction, diminution de la puissance du jet, rétention ou incontinence par débordement) (obs. VIII et X) et des signes intestinaux : constipation opiniâtre (obs. IX). Le kyste peut dépasser le pubis et être pris pour une vessie pleine et dilatée. Aussi faut-il pratiquer systématiquement le sondage, qui permet de reconnaître la présence d'une tumeur, en vidant le globe vésical ; pratiquer la cystoscopie et surtout la cystographie ; enfin, pratiquer un toucher rectal qui révélera l'existence d'une tumeur souvent grosse et quelquefois semi-fluctuante, dans la région de la prostate. La lumière rectale peut même être entièrement obstruée par la compression du kyste.

Quelquefois le kyste est adhérent à la paroi vésicale et peut même s'ouvrir dans sa cavité, vidant son contenu dans la vessie (cas de Ribas y Ribas, cité par Vicente Compan ; cas de D. Fairley, Obs. X).

Nous insistons particulièrement sur le diagnostic du kyste rétro-vésical, car il doit dans la grande majorité des cas être fait. En effet, avec quoi peut-on le confondre

1° Les kystes de l'utricule, les kystes glandulaires, les kystes sacculaires congénitaux dépendent de la prostate et n'atteignent que très rarement le volume des kystes hydatiques.

2° L'hypertrophie de la prostate ne survient que chez des gens âgés, ne donne pas une image semblable à la cystoscopie et à la cystographie, les coudures de l'urètre sont plus accentuées en général, le col est déformé à la cystoscopie, la consistance, la forme, le volume au toucher rectal sont différents, le sondage plus difficile.

3° Un diverticule vésical postérieur donne la miction classique en deux temps, et si momentanément il peut donner au toucher rectal la sensation d'un kyste, il disparaît bien vite si on le sonde. De plus la cystoscopie et surtout la cystographie montreront la présence de ce diverticule.

Dans tous ces cas, les réactions de laboratoire éclaireront définitivement la question.

B) CHEZ LA FEMME

Chez la femme, les signes sont dûs aussi à la compression. On trouve d'habitude le kyste dans le cul-de-sac de Douglas, aussi est-il aisément palpable soit par le vagin, soit par le rectum.

Il existe d'habitude de la constipation due à la compression du rectum. Les désordres menstruels (obs. III., II, XII, XIV) bien qu'ils surviennent, sont peu fréquents ; parfois existe de la pollakiurie.

Nous ne pouvons songer à faire le diagnostic différentiel avec toutes les affections pelviennes de la femme ; nous nous bornerons à citer les plus fréquentes. En général, ce que l'on diagnostique aux lieu et place d'un kyste solitaire, c'est soit un fibro-myome utérin, soit un kyste de l'ovaire.

1. Le fibrome transmet ses mouvements au col, le plus souvent. Il y a des ménorragies et des métrorragies. La cavité utérine est allongée à l'hystéromètre (obs. I, XIV).

2. Le kyste de l'ovaire sera de diagnostic difficile. Il est indolent, rénitent, bien toléré au début, et présente ce que

Spencer Wells a appelé le facies ovarien (que le kyste hydatique peut présenter aussi (obs. II). Le diagnostic sera fait quelquefois, lorsque, ne songeant pas à la maladie hydatique, on pratiquera une paracenthèse. Les caractères du liquide trancheront la question à la fois avec le kyste de l'ovaire et avec l'ascite.

C) CHEZ L'HOMME ET LA FEMME

Le kyste solitaire de l'épiploon, qui est facilement mobilisable en haut, difficilement et douloureusement en bas, d'après Witzel, et dont le diagnostic sera à faire avec tous les autres kystes de l'épiploon, les tumeurs du colon sigmoïde ou du colon transverse, les kystes du pancréas ou du mésentère, un rein mobile compliqué d'hydronéphrose.

Une complication assez curieuse de ces kystes est celle que présente l'observation IV, d'Owen, où le pédicule s'est tordu six fois sur lui-même.

Ces kystes sont très rares ; on n'en connaît guère que quelques cas.

Cas de Dolgopouloff, *Chirurgia*, février 1910 ; 2 cas de Walter et Routier : *Société de chirurgie de Paris*, février 1912.

COMPLICATIONS

Le tableau clinique des kystes non-complicqués dépend de la compression exercée sur les parties voisines. Jamais aucune manifestation systématique ne l'accompagne. Lorsqu'il en survient, elles sont dues soit à une infection secondaire bactérienne produisant de l'infection locale et de la toxémie ; soit à une rupture du kyste, amenant des signes d' « abdomen aigu », ou de l'anaphylaxie due à l'absorption par le péritoine d'une dose toxique de liquide hydatique chez un malade sensibilisé.

Par contre, une des manifestations les plus communes, la régression, ne donne aucune altération de l'état général. Son arrivée n'est souvent reconnue que si l'on peut percevoir la dureté et la résistance croissantes de la tumeur.

1. La suppuration (obs. VI, VIII, XI) donne les signes habituels d'infection locale (douleur ou sensibilité de la tumeur) et générale (frissons, température élevée, pouls rapide, sueurs, asthénie, diarrhée, amaigrissement) dus à l'absorption des produits toxiques. Ils n'existent pas si la paroi du kyste est imperméable.

Le diagnostic avec la péritonite localisée est souvent très difficile, d'autant plus que les réactions de laboratoires sont souvent absentes, et que la radiographie avec pneumopéritoine est dangereuse à exécuter s'il s'agit d'une péritonite et souvent aussi pour un kyste.

La rupture d'un kyste suppurant conduit infailliblement à une péritonite, le plus souvent généralisée, et la mort s'ensuit fréquemment.

Pourquoi les kystes suppurent-ils, et quel est l'organe infectant ? Nous n'avons pu obtenir aucune donnée à ce sujet. L'infection se fait peut-être par voie sanguine (rhino-pharyngite, infection dentaire, etc., plus ou moins latentes), mais il est probable que la contamination par l'intestin tout proche est la plus commune.

2. La rupture peut donner lieu à deux syndromes typiques.

a) La disparition d'une tumeur abdominale bien constatée jointe à l'apparition d'une éruption urticarienne est caractéristique de la rupture d'un kyste (obs. XVII). Dans certains cas (obs. I de M. Guyot ; observation publiée par K. D. Fairley et diagnostiquée appendicite aiguë), il n'y a pas eu d'urticaire, bien qu'à l'opération un kyste hydatique ait été trouvé rompu. D. Fairley explique ce fait en disant que les différents liquides hydatiques ont un degré variable, la propriété de produire de l'urticaire, et que les malades ont différents degrés de sensibilisation.

b) Le syndrome anaphylactique est caractérisé par l'apparition soudaine d'une crise aiguë abdominale, jointe à un collapsus sévère. Cyanose, dyspnée, vomissements, diarrhée, sont habituellement marqués ; le pouls est très rapide et presque imperceptible. L'hypéresthésie et la rigidité abdominale existent ou non. Il apparaît quelquefois plus tardivement un rash urticarien généralisé, mais le plus souvent cet état s'améliore au bout de quelques heures (obs. XVII).

Il est à remarquer que cet accident anaphylactique est en général assez grave après la ponction ou la rupture d'un kyste, et en général bénin ou inexistant, lorsque le malade est opéré, et qu'il s'écoule du liquide dans la cavité péritonale. Ceci s'explique sans doute par le fait que ces interventions ont lieu sous anesthésie générale.

La rupture peut s'effectuer dans un organe creux (ves-

sie, intestin, vagin), et le contenu du kyste passera par l'urètre, le rectum, le vagin.

Enfin, après rupture d'un kyste péritonéal, il peut s'en-suivre une nouvelle greffe secondaire à kystes multiples, qui apparaîtra dans les quelques mois suivants.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

C'est un fait bien connu actuellement que l'échinococose secondaire du péritoine peut guérir spontanément, depuis qu'un certain nombre de chirurgiens, ayant été obligés de refermer la cavité abdominale en y laissant de nombreuses vésicules, ont constaté par la suite que leurs malades ne présentaient plus de troubles, à aucune période de leur vie, ce qui équivaut à une guérison. Mais la plupart du temps il faut tôt ou tard en arriver à l'acte opératoire, et dans ce cas, le pronostic dépend :

1. Au point de vue immédiat : de l'âge du malade, de la situation du kyste, de la présence ou de l'absence de complications, du type d'opération effectué. Lorsque les kystes ne sont pas compliqués, il est bon (une mort sur dix-sept malades chez D. Fairley).

2. Au point de vue du résultat final, les recherches actuelles aboutissent à la conclusion que l'on peut suivre le comportement du malade au moyen des réactions de laboratoire. Quelque temps après l'opération, les réactions deviennent négatives ; si la positivité persiste, il faut en déduire que quelques kystes ont échappé à l'observateur, ou que d'autres kystes se sont développés ultérieurement. Cependant, Bonamo (de Turin), cite onze cas où les réactions de Ghédini-Weinberg, de Casoni, l'eosinophilie, la réaction hémoclasique de d'Amato (diminution des globules blancs dans l'espace d'une heure, après l'injection intra-

dermique de liquide hydatique) se sont maintenues jusqu'à trois ou quatre ans, et où une deuxième intervention chirurgicale n'a pas permis de découvrir de kyste.

Le pronostic ultime est mauvais s'il s'agit de kystes secondaires multiples. Le malade peut survivre longtemps (plus de quarante ans dans le cas de M. le professeur Guyot, obs. II), mais il est presque toujours condamné à subir périodiquement une série d'opérations, jusqu'au moment où il ne pourra plus être opéré, ou lorsque l'apparition d'une complication, ou d'une défaillance de l'organisme (urémie, obs. X), etc., l'emportera.

Lorsqu'il s'agit de kystes solitaires, le pronostic est meilleur, surtout lorsqu'on peut effectuer l'énucléation, à la condition qu'il ne se trouve pas de kyste dans une autre région de l'organisme. Cependant les kystes solitaires restent plus longtemps latents et inconnus du malade, et quelquefois ne sont mis en évidence que lorsque surgit une complication. Dans ce cas, le pronostic s'assombrit. Cependant, en règle générale, le pronostic des kystes uniques est bon, celui des kystes multiples est mauvais.

TRAITEMENT

1. Le traitement prophylactique consistera dans la pratique du plus grand soin, pendant l'opération sur un kyste hydatique, pour prévenir tout ensemencement du péritoine par le contenu du kyste. L'exploration par ponction ne doit jamais être tentée. Cependant K.-D. Fairley met une atténuation à ceci, et permet de la faire lorsque la réaction de fixation du complément dans le sang est devenue absolument négative. Nous ne le suivons pas dans cette voie.

2. Le traitement curatif du ou des kystes abdominaux, est, pour le moment, a peu près uniquement opératoire.

Nous ne ferons que citer pour mémoire le traitement radiothérapique, tenté par José Arcé à Buenos-Ayres, *in vitro* sur des scolex, puis *in vivo*, et qui sur sept cas aurait obtenu trois résultats positifs; tenté par Duvé à Rouen, en 1925, qui conclut à la destruction des hydatides *in vitro*, mais à l'impossibilité *in vivo* de donner des doses assez fortes et assez prolongées; tentée enfin par Charbonnel à Bordeaux, où la malade a subi vingt-six séances de radiothérapie pénétrante à doses assez fortes, sans succès, puisqu'elle subit ensuite quatre opérations et finit par mourir.

Il en est de même pour le traitement vaccinothérapique, contre lequel s'élève Duvé, et qui ne connaît que des succès.

Il en est de même pour la ponction, formolisée ou non, dont on cite quelques cas de guérison.

Il ne reste donc en définitive que le traitement chirurgical.

Les méthodes de traitement opératoire sont toutes rigoureuses, de technique minutieusement réglée. Cependant la valeur des différents procédés est encore très discutée, et si l'on est à peu près d'accord (sauf avec les Russes) pour les voies d'accès, la ponction et la stérilisation préalable du contenu de la poche, son ouverture, l'ablation de la membrane germinative, les opinions sont partagées sur le traitement de la cavité restante.

Il existe trois méthodes, exposées très clairement par Paitre :

1° La marsupialisation ou méthode de Lindemann-Landau : Le kyste, isolé, ponctionné et stérilisé au formol, ouvert et débarrassé de sa membrane germinative, est abouché à la paroi. On pratiquera la fixation première aux lèvres de l'incision, s'il n'y a pas de périkytite adhésive, si le kyste est assez mobile ou assez près de la paroi pour lui être solidement fixé ; on adosse par des sutures étanches le péritoine viscéral au péritoine pariétal. On pratiquera la fixation dernière s'il y a de la périkytite adhésive, si on ne peut fixer le kyste à la paroi abdominale, s'il y a menace de rupture et d'ensemencement péritonéal. On diminue alors la tension du kyste par une ponction, on protège péritoine et incision par un lit de compresses, on fixe ensuite la corticale du kyste à la paroi.

2° La réduction sans drainage; où, au lieu d'aboucher l'adventice à la paroi, on ferme sans incision, on réduit la poche, on suture complètement la paroi. Elle peut avoir divers modes d'exécution.

1. Sans injection parasiticide préalable, c'est la méthode de Bond (Bond's opération).

2. Sans suture du kyste : assez dangereux car le liquide de transudation dans la cavité peut être septique.

3. Après injection d'huile iodoformée ou de sérum arti-

ficiel : c'est la technique de Bobroff, qui l'a d'ailleurs abandonnée.

4. Avec fixation dernière de la ligne de suture de l'ectocyste aux lèvres de l'incision : c'est la méthode de Llobet-Quénu.

5. Avec capitonnage de la poche par des fils de catgut passés sous l'adventice dans le tissu du malade : c'est le procédé de Delbet (souvent difficile à réaliser, dit R. Dupont).

6. Avec injection préalable de solution parasiticide (formol au 1/100°). C'est la méthode que Dévé préconisa en janvier 1903, après réussite de ses expériences *in vitro* et *in vivo*.

Assez récemment, on a cherché, en même temps que la destruction du parasite à supprimer les accidents d'intoxication hydatique en annihilant la toxicité du liquide. Après les études de Castaigne et Gouraud, les expériences de Lemaire (1928) qui propose d'ajouter de l'alcool ou du sulfate d'ammoniaque au formol, Dévé propose le ferrocyanure de potassium en solution acétique (1930) :

Ferrocyanure de potassium	8 gr.
Eau distillée	980 cc.

Faire stériliser à l'autoclave à 105° pendant 10 minutes. Après refroidissement et au moment de l'emploi, ajouter :

Formol du commerce	20 cc.
Acide acétique cristallisable	2 gr.

Ce mélange se conserve sans altération pendant plus de 5 heures. L'injection de 10 cc. chez un cobaye de 500 grammes ne donne aucun trouble.

3° La décortication (ou ablation en bloc de la tumeur, ectocyste compris), proposée par Vignerot, qui est beaucoup plus facile à faire quelquefois pour les kystes de l'épiploon que de réaliser les diverses manœuvres d'isolement, de ponction, de suture et de réduction.

INDICATIONS ET AVANTAGES RESPECTIFS DE CES TROIS MÉTHODES.

La marsupialisation est un procédé prudent, mais sûr. Elle évite l'ensemencement ou l'infection du péritoine, l'infection de la poche en vase clos, permet l'élimination des débris d'hydatides ou des vésicules-filles. Par contre, elle expose aux fistules interminables, à l'éventration, et la poche met un temps assez long à se combler. Paitre codifie ses indications en disant qu'elle est « une méthode de nécessité pour les kystes suppurés, une méthode de sécurité pour les kystes cholérériques, une méthode de prudence pour les kystes multivésiculaires, pour les kystes profondément situés, enfin pour les kystes calcifiés ».

La réduction sans drainage, qui a pris en France une grande importance, sera appliquée aux kystes facilement abordables, de taille moyenne ou petite, à paroi souple, à contenu aseptique. Il est vrai qu'elle a de grands avantages : la cicatrice est solide, la paroi est anatomiquement reconstituée, la guérison est rapide. Aussi a-t-on, en France, étendu son application aux grands kystes, dont la difficulté de comblement est considérable, aux kystes calcifiés lorsqu'on peut détacher les lames calcaires comme l'indique Magnusson, et même aux kystes à contenu puriforme aseptique (cas de Dupont qui parfait l'hémostase et la ligne de suture par une greffe épiploïque, statistique de Brun avec treize guérisons rapides sur quinze cas).

Les chirurgiens russes, suivis de quelques chirurgiens australiens (Douglas Fairley entre autres), recommandent l'extirpation du parasite avec sa membrane adventice dans tous les cas où ce sera possible. Et c'est en effet une idée séduisante, sachant (thèse de Dévé) la difficulté qui existe à enlever complètement toute trace de membrane hydatique, et surtout de scolex, dans un kyste.

Cette méthode devra être appliquée dans tous les cas où ce sera possible, sans grand traumatisme ou risque d'hémorragie pour le malade. Elle est évidemment à rejeter

dans le traitement du kyste primitif du foie ou de la rate (quoiqu'en disent les chirurgiens russes) mais elle sera à recommander dans le traitement des kystes de l'épiploon quand ce sera possible.

Cependant, tandis qu'on peut noter une évolution vers les méthodes audacieuses en Russie, les Argentins, cependant plus expérimentés et ayant étudié la question de longue date, en reviennent aux méthodes de prudence. José del Campo, Domingo Prat, Copello font à la marsupialisation une place beaucoup plus large que les Français, depuis le 11^e Congrès argentin, et l'admettent pour tout kyste suppuré ou à contenu trouble, ou à parois calcifiées ou peu souples, tout kyste d'accès difficile, de vacuité douteuse, et rejettent systématiquement le capitonnage à la Delbet, inutile et dangereux, disent-ils.

APPLICATION DE CES MÉTHODES.

1° Aux kystes multiples : Leur traitement opératoire s'est toujours montré grandement insuffisant. Dans une cavité abdominale très infectée, il n'est presque jamais possible de pratiquer l'ablation complète de tous les kystes, et on est souvent obligé de refermer, sachant que le malade est encore porteur de multiples vésicules. On appliquera à chacun des kystes le traitement qui lui convient, mais dans le cas de nombreux kystes, l'énucléation ou la réduction sans drainage seront préférables, chaque fois qu'on pourra le faire, à la marsupialisation.

Si l'on en juge par la comparaison de deux statistiques, le pronostic opératoire s'est grandement amélioré depuis une vingtaine d'années.

La statistique de Cranwell en 1909, très importante, donne une mortalité opératoire de 38,46 % pour les kystes hydatiques de l'abdomen. Celle de D. Fairley (beaucoup plus faible il est vrai) n'a qu'un seul cas de mort sur dix-sept malades ayant subi en tout quarante-deux opérations, dont vingt-quatre énucléations.

2° Aux kystes solitaires : Le traitement opératoire est souvent suffisant, lorsqu'on prend toutes les précautions nécessaires pour éviter l'ensemencement. C'est ici tout particulièrement qu'il faut essayer d'éviter une rupture du kyste, car souvent on paraît arriver à la guérison absolue. Aussi devra-t-on tenter l'énulcéation chaque fois qu'elle sera possible sans de gros dangers pour la vie du malade, chaque fois qu'elle sera relativement facile à exécuter, chaque fois qu'elle ne risquera pas de provoquer une grave hémorragie.

COMPLICATIONS SUIVANT L'OPÉRATION.

On peut observer (D. Fairley) :

- a) Une élévation de température jusqu'à 37°8 dans les deux premiers jours;
 - b) Une élévation de température plus marquée et plus prolongée, survenant vers la fin de la première semaine après l'opération, et généralement due à l'infection post-opératoire de la cavité kystique (obs. XVI);
 - c) Une péritonite généralisée;
 - d) De l'obstruction ou de l'occlusion intestinale (obs. II);
 - e) Une hernie au niveau de la ligne d'incision, assez fréquente, due le plus souvent au grand nombre d'opérations et par suite de cicatrices chez quelques malades.
-

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Service de M. le Professeur GUYOT, *Bordeaux chirurgical*,
juillet 1931.)

Les pièces anatomiques que nous présentons à la Société proviennent d'une malade opérée à la clinique gynécologique de l'hôpital Boursier, le 28 novembre dernier. Elles sont constituées par : 1° Le grand épiploon tout entier bourré de kystes hydatiques de volume variable, accolés les uns aux autres et formant une tumeur volumineuse et irrégulière; 2° Par un gros kyste de la région splénique; 3° Par une volumineuse tumeur pelvienne remplissant le Douglas et adhérente à l'utérus ayant nécessité une hystérectomie subtotale; 4° Par un kyste dermoïde de l'ovaire droit adhérent aux kystes hydatiques pelviens.

L'histoire de la malade est la suivante : femme de 37 ans, habitant Pauillac et exerçant la profession de lisseuse. Elle entre à l'hôpital parce qu'elle a considérablement augmenté de volume : pas de douleurs, pas de troubles fonctionnels, sauf depuis 4 mois, les règles devenues très douloureuses.

A l'examen on constatait un ventre volumineux, irrégulier, asymétrique, sans circulation veineuse collatérale et sans ascite appréciable. Au palper on sentait une tumeur bosselée, irrégulière, avec des parties dures, et d'autres nettement fluctuantes. Ces tumeurs occupaient toute la région sous ombilicale qui était mate à la percussion et nullement douloureuse. A la partie supérieure existaient des bosselures, dont une importante, du volume de deux gros poings, siégeant dans la région de l'hypocondre gauche, et paraissant nettement mobile sur la masse principale.

Au toucher vaginal, on trouvait l'utérus refoulé en avant et englobé dans la tumeur dont on arrivait cependant à l'indivi-

dualiser, mais utérus et tumeur se mobilisaient ensemble; les mouvements de la tumeur se transmettent au col utérin.

Pas de fièvre. Bon état général. Les deux diagnostics envisagés furent : gros utérus fibromateux avec fibromes sous-péritonéaux multiples ou tumeur maligne de l'ovaire du type cysto-épithéliome. L'un et l'autre étaient discutables : le premier en l'absence d'hémorragies utérines, et surtout étant donné le petit volume de l'utérus dont la mensuration ne fut pas pratiquée, et le second étant donné l'âge de la malade, l'excellent état général et l'absence d'ascite.

Le ventre ouvert, sous anesthésie générale à l'éther Ombredanne, nous vîmes que l'ensemble de la tumeur était formé par le grand épiploon bourré de kystes hydatiques dont quelques-uns étaient ouverts, laissant voir l'aspect caractéristique des membranes hydatiques.

Dans un premier temps l'épiploon est enlevé en entier en suivant le cadre colique. Il forme une tumeur qui pèse au moins 2 kilogrammes. L'abdomen débarrassé de cette masse, nous extirpons après ponction d'un demi-litre, le gros kyste uniloculaire de la région splénique. Il reste alors une volumineuse tumeur entourant l'utérus et les annexes. Après ponction (deux litres et demi) le kyste rétro-utérin adhérent au rectum dans une grande étendue est enlevé en bloc avec l'utérus grâce à une hystérectomie subtotale suivie de péritonisation.

A ce moment on inspecte le mésentère, les mésos, la face inférieure du foie : on ne trouve rien d'anormal. Après large attouchement du ventre à l'éther, la paroi est refermée sur trois plans sans drainage ni fils métalliques.

Les suites opératoires ont été des plus simples : les fils de suture sont enlevés le douzième jour et la malade quitte le service en excellent état.

Elle est revenue à la consultation de Boursier au début de janvier. On constate un ventre et un bassin très souples, sans la moindre tumeur. Etat général excellent.

La recherche des éosinophiles fut pratiquée après l'opération. Elle serait de 3 %.

OBSERVATION II

(MM. GUYOT et GUÉRIN, « Sur un cas d'Echinococcose péritonéale », *Journal de Médecine de Bordeaux*, septembre 1927.)

M. J. Mr..., 51 ans, ajusteur-mécanicien, père de trois enfants, est né en Uruguay où il vécut jusqu'à l'âge de 13 ans. Son père,

charron, avait un chien qui souvent mangeait les abats de bêtes tuées et dépecées dans un pré.

Il part pour l'Espagne, et huit ans plus tard, à l'âge de 25 ans, il entre à l'hospice civil de Bilbao; son ventre avait commencé à grossir depuis dix ans environ, et le Dr Carasco, ex-directeur de l'hospice, qui a transmis son observation, écrit que son ventre est si volumineux qu'il empêche tout travail, que la maigreur est extrême; en deux mots, il a le facies ovarien, qui est bien plutôt le facies du kyste abdominal. La respiration est difficile, le pouls faible et précipité, l'abdomen mat; on ressentait nettement à la percussion une sorte de vibration tremblée qui se propageait dans tout l'abdomen comme une onde.

Le malade est opéré le 9 avril 1901. A l'incision de la paroi abdominale, on tombait, sur la ligne médiane, sur un kyste qu'on ne pouvait cliver; on le ponctionna et on l'incisa. Comme si elles luttaient pour sortir toutes à la fois, se pressaient des hydatides, les unes transparentes, les autres opaques, du volume d'une orange à celle d'un pois chiche. La poche était si grande que l'avant-bras y pénétrait tout entier, on ne put l'enlever. On marsupialisa, on nettoya et assécha la cavité, où l'on plaça cinq mèches imbibées de chlorure de zinc à 1 %. Les mèches sont laissées six jours, puis la paroi du kyste s'évacue; une petite fistule persiste assez longtemps, qui est fermée dix mois après l'opération.

En 1906, notre malade est en France, où il travaille et se porte très bien jusqu'en novembre 1921. Il y a vingt ans qu'il a été opéré, lorsque, après un effort, il a la sensation d'un craquement dans son ventre qui recommence à grossir. En juin 1922, il va voir M. le professeur Guyot; son ventre est globuleux, bosselé, sans ascite libre. Opéré le 22 juin, on trouva une multitude de kystes développés sous le foie, dans le mésocolon transverse et gauche, dans la région pelvienne; après ponction et injection de solution formolée, les kystes sont ouverts, vidés de leurs vésicules, et chaque poche est refermée sans drainage.

On retire deux pleines cuvettes de vésicules. Un mois après, le malade quittait la clinique et reprenait son travail en novembre 1922, se sentant parfaitement bien. Deux mois après, il a une petite crise douloureuse dans le ventre, qui dure sept à huit jours, crise qui va se répéter tous les deux ou trois mois, les dernières s'accompagnant de fièvre.

En août 1923, il a une crise beaucoup plus intense, avec fièvre à 39°5 et 40° et il subit une troisième intervention au cours de laquelle on incise et draine un volumineux kyste suppuré de la rate,

A la suite, état très grave, fistule pyostercorale; mais il se remonte, et un an après, en octobre 1924, il recommence à travailler.

Enfin, après avoir eu quelques petites crises douloureuses très espacées, le malade présente une crise d'occlusion intestinale pour laquelle il subissait quarante ans après le début de son affection, une quatrième intervention.

On trouve encore des kystes très nombreux disséminés dans la cavité abdominale, et siégeant surtout dans le tissu cellulaire sous péritonéal. Une anse grêle est fixée à la paroi, et au-dessus d'elle passe une anse étranglée que la libération de l'adhérence permet de dégager.

Deux kystes particulièrement volumineux siègent, l'un dans le mésocolon transverse, l'autre dans le méso-sigmoïde, et il faut pour le découvrir un examen attentif de la cavité abdominale, sur laquelle l'incision médiane xypho-pubienne donne un large jour. Plusieurs kystes sont disséqués et enlevés, d'autres sont seulement ouverts, dont on enlève la membrane hydatique comme une vessie vide (Ramond), puis formolés.

Ce malade, qui était bien dans l'état de cachexie, de phtisie hydatique dont parlent Quénu et Duval, quittait la maison de santé dix-huit jours après l'intervention, qu'il avait très bien supportée. Il est actuellement en bonne santé.

OBSERVATION III (Résumée)

(POLLOSSON et MURARD, « Kyste hydatiques multiples de la cavité abdominal et du pelvis », *Société des Sciences médicales*, 12 juillet 1911.)

Femme, 35 ans, sans antécédents gynécologiques a depuis quelques mois des pertes roses très abondantes. Depuis ce moment, développement progressif d'une tumeur abdominale, kystique, semblant former plusieurs parties : Le diagnostic posé est : kyste de l'ovaire.

A l'intervention, on trouve de nombreux kystes développés sous la séreuse péritonéale, entre les deux feuillets du mésentère, et un autre à la face postérieure de l'utérus. La plupart sont énucléables, d'autres sont adhérents et il faut disséquer l'uretère gauche sur une assez grande longueur, et faire une résection intestinale de 45 cm., puis pratiquer une hystérectomie subtotale. On fait une fermeture sans drainage, après péritonisation pénible.

Plusieurs kystes ont été laissés en place. Cinq jours après, la malade va bien. Pronostic réservé, en raison de la rupture de plusieurs kystes au cours de l'intervention, et de la persistance de quelques autres.

OBSERVATION IV

(OWEN, « Kyste hydatique du grand épiploon avec torsion du pédicule », *The medical Journal of Australia*, 19 novembre 1921.)

W. T., 51 ans fut admis à l'hôpital de Camperdown avec l'histoire suivante, le 19 juillet 1920 :

Le matin du jour précédent, il commença à souffrir de douleurs abdominales suivies de vomissements, qui l'obligèrent à quitter son travail. Pendant la journée sa douleur devint plus forte et augmenta encore en intensité vers le soir. Il était constipé, et n'avait émis aucun gaz. Il raconta que pendant les dernières semaines il avait souffert de troubles abdominaux vagues, mais que les symptômes n'avaient pas été assez violents pour lui faire interrompre le travail.

A l'examen il avait l'air très affaibli, avec un facies péritonéal typique. Température 38°2, pouls 110, respiration thoracique 28 par minute. L'abdomen était rigide dans sa totalité, et dans sa partie droite on constatait de la sensibilité et de la matité.

On diagnostiqua une affection abdominale aiguë, probablement appendiculaire et l'opération fut tentée immédiatement.

A l'examen sous anesthésie, pendant que les muscles étaient relâchés, on aperçut une tumeur bien marquée située sur le côté droit; et à l'ouverture de la cavité par une incision sur le bord du muscle grand droit, on s'aperçut que cette tumeur était un kyste hydatique de l'épiploon, de la taille d'un œuf d'oie. La paroi du kyste était intensément congestionnée et le pédicule était tordu six fois sur lui-même. Il y avait une quantité considérable de liquide de couleur sanguine dans la cavité péritonéale. Le pédicule fut lié bien au-dessus de la limite supérieure de la torsion et le kyste : enlevé.

Un examen ultérieur révéla la présence de deux autres kystes épiploïques qui furent enlevés de même façon, et aussi de deux kystes de taille moyenne situés dans le mésentère de l'intestin grêle. L'ablation complète de ces kystes devenant impraticable,

ils furent traités par incision autour de l'adventice, ablation de l'endocyste et fermeture de l'incision.

Les suites de l'opération furent sans incident, le malade ayant eu une convalescence parfaite, et ayant quitté l'hôpital après trois semaines.

Vu quelques jours plus tard il était tout à fait bien et avait repris son travail.

OBSERVATION V

(JEANNE, « Echinococcose du péritoine, vieille de 30 ans »,
Normandie médicale, 1919-1920, p. 205-215.)

L'homme que je vous présente, âgé de soixante quatorze ans, est entré dans mon service pour se faire traiter d'une banale hydropcèle vaginale, et c'est au cours de l'examen que j'eus la surprise de découvrir une tumeur de l'abdomen, que soupçonnait à peine le malade, et dont il ne se plaignait nullement.

Cette tumeur est cependant volumineuse; elle gonfle toute la moitié droite du ventre et s'étend du rebord costal presque jusqu'à l'arcade crurale. Elle est formée de bosselures arrondies, indurées pour la plupart, quelques-unes rénitentes, comme si elle était bourrée de gros marrons. Et cette conformation si particulière éveille tout de suite l'idée d'un cancer secondaire du foie. Mais tout de suite cette hypothèse est abandonnée parce qu'il existe une zone de sonorité tympanique, avec gargouillement, entre la masse et le rebord costal. C'est donc une tumeur, qui par sa situation et son indépendance du foie, ne peut dépendre que de l'intestin ou du péritoine. Et l'hypothèse de kyste hydatique du péritoine est à peine entrevue que, de suite, le malade raconte son passé avec une précision qui donne une parfaite authenticité à son récit.

En 1890 il fut ponctionné par Hanot, pour un kyste hydatique du foie, un peu à droite de l'ombilic. La ponction fut suivie d'injection de liqueur de Van Swieten qu'on abandonna dans la poche.

Un mois après, nouvelle ponction d'un autre kyste, au niveau du creux épigastrique suivie encore d'une injection du même liquide.

Quelques semaines après, pendant sa convalescence à Vincennes, il est pris de nausées, de vomissements pendant une huitaine de jours, puis d'ictère. Il rentre à nouveau dans le service Hanot, où pour la troisième fois, un kyste est ponctionné dans le flanc gauche, puis injection parasiticide.

Depuis lors il est bien portant.

Quand nous aurons ajouté que la masse actuelle est un peu mobile, qu'il n'y a rien dans le reste de l'abdomen ni dans le bassin, qu'enfin la radioscopie montre qu'elle paraît formée de plusieurs masses secondaires et que le colon transverse passe entre elles, nous aurons achevé le résumé de cette brève observation.

Elle vaut parce qu'on peut suivre avec exactitude l'histoire pathologique de ce malade pendant trente ans. Ces kystes du péritoine secondaires aux kystes hépatiques se sont développés soit à la suite des ponctions laissant filtrer du liquide avec des scolex le long de la canule du trocart, soit à la suite d'une rupture. Quoiqu'il en soit de leur origine il est intéressant de constater qu'ils ont été insidieux et compatibles avec une parfaite santé. Cette bénignité des kystes abdominaux contraste avec le danger qu'offrent les kystes pelviens, comme l'ont démontré les recherches récentes de M. Dévé.

OBSERVATION VI

(Emilio MESEGUER, « Kystes hydatiques multiples du péritoine »
Revue de chirurgie, 1911, p. 831.)

La femme qui fait le sujet de cette observation était multipare et âgée de quarante ans. Elle avait eu une hématurie abondante, huit jours auparavant, sans qu'on en reconnut la cause. Le dernier accouchement fut aggravé par une grosse hémorragie due à un placenta prévia et par des accidents infectieux. A partir de ce moment, elle ressentit une douleur dans la fosse iliaque droite avec une augmentation de volume du ventre.

L'examen local permit de constater qu'il existait dans le côté droit une tumeur du volume d'une tête d'enfant, mate.

L'opération permit de reconnaître dans la fosse iliaque droite la présence d'une tumeur formée d'un gros système du volume d'une tête d'enfant sur lequel se tranchaient d'autres petits kystes du volume de petites amandes ou mandarines, les uns suppurés, les autres contenant du liquide clair comme de l'eau de roche.

Le diagnostic posé fut celui de kyste hydatique d'origine pelvienne avec proliférations exogènes. On fit l'extirpation partielle du kyste, un nettoyage et un lavage local avec drainage. Les douleurs persistèrent et un an plus tard on fut obligé d'intervenir à nouveau. On trouva des adhérences multiples et une quantité con-

sidérable de petits kystes dont on ne put faire l'ablation. La malade mourut d'embolie neuf mois plus tard.

L'auteur termine en accusant le lavage intrapéritonéal d'avoir été la cause de la dissémination des kystes.

OBSERVATION VII (Résumée)

(PAITRE et CARRIVE, « Kystes hydatiques multiples de l'abdomen », *Lyon chirurgical*, 31 mai 1923)

C'est un spahi de 25 ans, indigène de l'Afrique du Nord, qui est envoyé à l'hôpital militaire de Desgenette avec le diagnostic de « congestion du foie et rate flottante ».

L'examen clinique, aidé des examens de laboratoire et de la radio permettent de réformer ce diagnostic.

Foie gros, sans sensibilité vésiculaire. Au palper de l'hypocondre gauche, on trouve une tumeur du volume d'une tête fœtale, sans bords caractéristiques d'une rate, excessivement mobile, alors que persistait la matité splénique normale. On fait le diagnostic de : tumeur épiploïque.

Après avoir rejeté le diagnostic d'hypertrophie du foie et de la rate, on s'oriente vers le diagnostic de kystes hydatiques multiples, assez fréquents dans l'Afrique du Nord.

Weinberg et Bordet Wassermann, négatifs.

Eosinophilie légère.

La radio montre une tumeur abdominale antérieure sous jacente à la paroi.

A l'intervention, on enlève deux kystes de l'épiploon, par résection partielle de l'épiploon, et un kyste du petit épiploon par ponction, formolisation, encléation de la membrane germinative, extirpation partielle de la poche. Il y a un grand kyste du foie qui est traité par formolisation et extirpation de la membrane germinative.

OBSERVATION VIII (Résumée)

(GUICHEMERRE, « Kyste hydatique pelvien », *Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie de Paris*, 3 juillet 1912.)

Un homme, israélite tunisien, âgé de 54 ans, affaibli et fébricitant, présente depuis une semaine des douleurs abdominales. A

l'inspection et la palpation on découvre une tumeur sus-pubienne, mate et rénitente, qui atteint l'ombilic.

La langue est sèche, la température au-dessus de la normale. Le diagnostic est : Vessie en état de rétention avec infection surajoutée.

Les sondages sont faciles, mais sans résultat. Cependant cette tumeur dessine si bien une vessie que l'on s'obstine et que l'on fait une ponction sus-pubienne : du pus vient par la canule et pas de l'urine. On écarte le diagnostic d'appendicite, l'évolution ayant été trop lente, et l'on pense à un kyste hydatique du bassin infecté depuis quelques jours.

L'opération, sus-pubienne, réussit et confirme le diagnostic. La poche du hyste descendait bas dans le Douglas. Kyste et vessie ne communiquaient pas.

OBSERVATION IX (Résumée)

(BLANC et WIESS, « Kyste hydatique péritonéal unique développé dans le petit bassin », *Lyon chirurgical*, 1910, p. 557)

C'est un homme de 31 ans qui présente une tumeur kystique sous-ombilicale médiane ovoïde à grosse extrémité plongeant dans le petit bassin et dont le pôle supérieur atteint l'ombilic. La sonorité intestinale masque la tumeur.

Au toucher rectal on sent une masse volumineuse, unie, lisse, tendue, fluctuante, comprimant le rectum, qu'elle déborde sur les côtés, non mobile, et qui semble adhérer aux organes voisins.

Le début a été insidieux. Plusieurs années avant, il y eut une augmentation de volume progressive, avec peu de troubles fonctionnels : douleurs sourdes dans le bas-ventre, fréquence des mictions, ténesme rectal, constipation et crises d'occlusion intestinales aiguës qui cédèrent par purgation. Le diagnostic est celui de : kyste hydatique probable.

Une laparotomie sous-ombilicale mène sur un kyste sous-péritonéal plongeant dans le petit bassin, très adhérent. L'extirpation n'étant pas réalisable, on fait une marsupialisation. Il sort un liquide clair et de nombreuses hydatides.

Mort le huitième jour par pneumonie.

A l'autopsie : le kyste s'est développé entre vessie et rectum, dans le petit bassin, sous péritonéal, allant en haut vers la racine

du mésentère. Il est unique, on n'en rencontre pas d'autre dans aucun des viscères abdominaux ni dans le péritoine.

OBSERVATION X

(Fairley, « Kyste solitaire non compliqué »,
Médecine Journal of Australia, Sydney, 1922, p. 209-215.)

Un homme âgé de soixante-et-onze ans, se plaignait que durant les huit mois antérieurs à sa visite, le jet de son urine était devenu de plus en plus petit, et quoique, auparavant, il soit obligé d'uriner deux ou trois fois par nuit, pendant cette période il lui avait été nécessaire d'y aller cinq fois.

Depuis trois semaines il existait de la douleur dans les essais de miction et de l'incontinence par débordement, tandis que les urines s'infectaient. Il y avait de la constipation. Le cathétérisme retira plus d'un litre de liquide. Le toucher rectal révéla, dans la région de la prostate, une tumeur large, arrondie, indolore, faisant saillie dans le rectum et comprimant la lumière intestinale.

L'opération révéla une grande tumeur arrivant presque jusqu'à la paroi antérieure de la vessie, et occupant presque la partie la plus basse de ce viscère. Enclivant ce que l'on avait cru être la capsule d'enveloppe de la prostate, une grande quantité de liquide s'en échappa, et la paroi d'un grand kyste hydatique apparut; après évacuation, ce kyste fut fermé et la vessie drainée. Quatre jours après le malade devint somnolent, et graduellement apparurent les autres manifestations de l'urémie. La mort survint le sixième jour après l'opération.

L'examen *post mortem* ne fut pas permis.

OBSERVATION XI (Résumée)

(Tasso Astériades, « Kyste primitif de la cavité pelvienne »,
Bulletin médical, 1924, p. 660-662.)

Une femme de 25 ans eut le 1^{er} avril 1921 un accouchement fort laborieux. Le médecin attribue la dystocie à une grosse tumeur placée à gauche de l'utérus. Une semaine après apparition d'un frisson intense et de fièvre qu'on prend pour le début d'une infection puerpérale puis pour du paludisme.

Le 23 avril on appelle M. Tasso Astériadès en consultation, qui remarque que la mère est morte de kyste hydatique du foie.

La malade présente un état assez grave : fièvre à 39°, sueurs, abattement, inappétence, facies tiré, yeux excavés, nez pincé. Ventre souple. On sent une tumeur grosse, dure, peu mobile, allongée, atteignant en haut la rate et se perdant dans le petit bassin; mais en la mobilisant on peut passer deux doigts fléchis entre elle et la glande splénique. Cette tumeur est mate à la percussion, régulière, et paraît comprimer les anses intestinales et l'utérus.

Le toucher vaginal montre un utérus en involution, des culs de sacs latéraux libres et indolores; le Douglas est légèrement bombé, dur, douloureux et chaud. Par la palpation bimanuelle, on sent le pôle inférieur de la tumeur au-dessus du cul-de-sac latéral gauche, empiétant sur le Douglas. Elle est séparée de l'utérus par un sillon. On diagnostique un kyste de l'ovaire, malgré sa dureté et sa forme allongée.

Le 27 avril la fièvre continue à 38°5-39°. Le Douglas est tendu, résistant, et paraît envahi par une collection purulente.

Le 29 avril, intervention. Colpotomie de Laroyenne sous anesthésie générale. Il s'écoule environ trente grammes d'un pus fétide et épais. Drainage avec drain en T. La tumeur n'a pas été intéressée par l'incision.

La fièvre continue, la tumeur devient plus grosse, plus tendue, plus douloureuse. Il y a de la défense de la paroi. Le 3 mai on enlève le drain; en pressant sur la tumeur elle se rompt, et il en sort 200 grammes de pus et une foule de vésicules filles. Le 4 mai : nouvelle opération : on agrandit l'incision : le doigt qui y est introduit sent une cavité très vaste dans le ligament large. On draine, on nettoie au formol.

Le 15 mai, la température monte à nouveau à 39°3 puis à 40°, le drain ne donne plus de pus.

Le 18, après une forte toux, la malade expulse une grande poche hydatique. On draine, on continue les lavages antiseptiques et le formol.

(A l'examen, on s'aperçut que le kyste tout entier avait été rejeté, et qu'il existait à sa place un grand vide où l'on enfonçait les deux poings).

La fièvre tombe, plus de tumeur. Le 22 juin, la malade avait repris ses forces il ne restait plus rien.

Dix mois après, en mai 1922, l'examen gynécologique et l'examen général ne donnent plus rien.

OBSERVATION XII

(Charrier et Gandy, « Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas », *Journal de médecine de Bordeaux*, 1924, p. 91.)

Marie Chang-Phu, 27 ans, mariée à un Japonais, entre à l'hôpital Bel-Air le 21 avril 1924, pour trouble des règles et douleurs abdominales. C'est une petite femme maigre, très facile à examiner, dont le ventre est très souple et dans le bassin de laquelle on découvre une masse annexielle droite de la grosseur d'une tête de fœtus, fixée dans la profondeur et tout à fait indolore : elle est régulière, rénitente et donne l'impression d'un kyste de l'ovaire.

L'utérus est un peu gros, le col est augmenté de volume également, les annexes gauches sont douloureuses au palper; elles ont perdu leur mobilité et sont plaquées contre la paroi correspondante de l'utérus. Pollakiurie; urines claires sans albumine. Constipation ancienne et signes de gastro-entérite. Règles irrégulières, prolongées, plus rapprochées. Pas de grossesse. Pas de fausse couche. Le diagnostic porté est : kyste de l'ovaire droit avec annexite; l'intervention est proposée et acceptée.

La laparotomie nous amène tout de suite sur la tumeur perçue au palper dans la fosse iliaque droite : elle est blanche, fluctuante, avec une coque qui nous paraît très épaisse, adhérente au fond du cœcum et aux parois de la fosse iliaque. Clivage difficile, mais qui reste possible sans ouverture de la cavité kystique et sans dommage pour les gros vaisseaux. Hystérectomie subtotale, en raison des lésions d'annexité du côté opposé. Péritonisation assez compliquée, pour laquelle l'anse sigmoïde est utilisée.

La pièce, ouverte par un élève, nous montre qu'il s'agit d'un kyste hydatique. On en profite pour visiter la cavité abdominale : la main est passée sous le foie pour rechercher d'autres kystes hydatiques. Cet examen rapide est négatif. La malade guérit sans incident.

Examen de la pièce : Il est très difficile, même après dissection, de dire quel est le point d'insertion du kyste hydatique. Il est accolé au pavillon de la trompe gauche, mais l'intervention chirurgicale nous l'a présenté adhérent au péritoine du petit bassin, et développé en grande partie, dans le cul de sac de Douglas.

OBSERVATION XIII

(Fairley, « Kyste hydatique pelvien », *Médecine Journal of Australia*, Sydney, 1922, p. 209-215)

Une femme, âgée de cinquante six ans, nous raconte une très bonne histoire d'accidents antérieurs. Deux jours avant son entrée, elle eut un léger frisson, vite suivi d'un rash prurigineux généralisé. Des vomissements apparurent, qui persistèrent jusqu'à l'opération, et furent vite suivis d'une douleur épigastrique que soulageaient temporairement les vomissements. Il y avait de la constipation. Les mictions furent moins fréquentes après l'apparition de la douleur.

La température était de 37°5 C (99°5 F.) le pouls à 132, régulier, mais faible. Une tumeur grosse, globuleuse, mobile, mate à la percussion, était palpable dans la partie inférieure de l'abdomen.

Un rash papuleux, irrégulier de forme et de dimensions occupait tout le corps.

A l'opération un kyste hydatique fut enlevé.

OBSERVATION XIV

(Fairley, « Kyste hydatique pelvien », *Médecine Journal of Australia*, Sydney, 1922, p. 209-215.)

Une femme, âgée de vingt six ans, avait été toujours bien portante jusqu'à ses dernières couches, il y a un an, moment depuis lequel elle était devenue faible et avait perdu du poids. Ses époques étaient restées régulières, mais étaient devenues peu abondantes. L'examen du pelvis montra une masse dure, légèrement sensible dans le cul de sac postérieur du vagin, paraissant entourer le col. Le diagnostic fut : myome utérin probable. A l'opération, c'est un kyste hydatique calcifié que l'on enleva du cul-de-sac de Douglas.

OBSERVATION XV

(Tattoni, « Kyste hydatique solitaire et primitif du grand épiploon » *Giornale di clinica medica*, 30 décembre 1930.)

Un homme de 28 ans, mordu à la région mandibulaire par un chien, voit apparaître, huit mois après, une tuméfaction abdomi-

nale, mobile et indolente; en même temps on note une légère asthénie; il n'y a cependant aucun trouble digestif.

La radio montre que la tumeur est indépendante de l'estomac, mais que soulevée de bas en haut, elle échancre la grande courbure.

Le lavement épaque montre la tumeur indépendante du colon transverse, mais y adhérant intimement. Le déplacement en haut de la tumeur entraîne aussi le colon transverse. Diagnostic radiologique : tumeur du ligament gastro-colique.

L'opération confirme le diagnostic. Ablation de la membrane germinative et de la presque totalité du périkyte. On doit laisser *in situ* la zone adhérente au colon. Guérison.

L'exploration du foie et de la rate au moment de l'opération montre qu'il n'existe pas de localisation echinococcique à leur niveau.

OBSERVATION XVI (Résumée)

(A. Ferrer, « Kyste hydatique du grand épiploon »,
Presse médicale, 1913, 6 août)

Aïcha ben Chelahi ressent depuis deux ans des douleurs dans le bas ventre. Elle est incapable de travailler et a maigri notablement. Elle a eu sept enfants, dont six morts dans leur première année. Dans les antécédents, on note des accès de fièvre intermittente. Jamais de troubles digestifs, à part une constipation légère. Jamais d'ictère.

A la palpation : tumeur arrondie dans la partie droite du bassin. Le toucher vaginal est légèrement douloureux et fait constater une tumeur très régulière, rénitente, du volume d'une grosse orange, bien circonscrite, très mobile et indépendante de l'utérus. A trois examens pratiqués à quelques jours d'intervalle, elle a été trouvée deux fois dans le cul-de-sac droit et une fois en arrière et à gauche de l'utérus. L'examen des autres organes abdominaux et thoraciques est absolument négatif.

Le diagnostic posé est celui de kyste de l'ovaire, probablement droit, en voie de suppuration (la malade ayant eu avant l'intervention une légère élévation de température avec augmentation des douleurs).

Laparotomie médiane sous ombilicale. En tirant sur l'épiploon on extrait du bassin une tumeur d'aspect fibreux accolée au méso de l'appendice, qui est sain. Elle n'est adhérente à aucun des or-

ganes pelviens. On l'énuclée. L'exploration directe des organes abdominaux montre que le foie et la rate ne sont le siège d'aucune tuméfaction anormale.

Suture sans drainage.

Le kyste était bourré de vésicules filles, et en voie de suppuration.

Pendant les trois premiers jours il n'y eut pas de fièvre, le 4^e jour la température s'éleva à 38°2, le 7^e jour elle retomba à 37°8, le 8^e à 37°5.

OBSERVATION XVII

(Fairley, « Kyste hydatique du foie rompu », *Médecine Journal of Australia*, Sydney, 1922, p. 209-215.)

Un homme, âgé de vingt et un ans fut admis avec l'histoire suivante : Dix mois auparavant, il s'était affaïssé subitement, étant au travail, et l'opération révéla la rupture d'un kyste hydatique du foie. Il fut réadmis avec une histoire semblable d'affaïssement, au travail. A l'examen le malade fut trouvé dans le collapsus, avec un pouls impalpable au poignet, une cyanose marquée, une soif très grande. Il était incapable de répondre aux questions. Après l'injection d'un centimètre cube de pituitrine, la pression artérielle systolique fut trouvée de 10 cm. 8. La matité hépatique s'étendait à quatre travers de doigt au-dessous de la ligne costale, et il y avait une ouverture au niveau de la cicatrice de l'opération ancienne. Les flancs étaient sonores et il n'y avait ni contracture, ni sensibilité du ventre.

Quelques heures après, l'état général du malade s'améliora beaucoup, le pouls devint plus fort, la cyanose moins marquée. La tension artérielle maxima était de 12 centimètres; un fort rash urticarien apparut sur l'abdomen.

Une semaine après il y avait de la sensibilité et de la douleur à la pression profonde de l'épigastre et l'ouverture de la cicatrice s'était refermée. L'examen aux rayons X ne montra rien d'anormal au niveau de la partie supérieure du foie et du diaphragme.

Quelques jours après le malade partit.

CONCLUSIONS

I. La maladie kystique du péritoine est fréquemment une infestation multiple.

II. La greffe secondaire après fuite du liquide par ponction, rupture intra-abdominale ou dissémination du contenu d'un kyste viscéral pendant l'intervention opératoire est le mode le plus général d'origine des kystes hydatiques multiples du péritoine. Cependant, il existe des cas où on ne trouve pas le kyste viscéral originel, qui ne peut s'expliquer que par une infestation primitive du péritoine donnant :

Soit des kystes multiples,

Soit un kyste unique dont la ruptureensemencera ensuite tout le péritoine.

III. Contrairement à l'opinion classique, les kystes solitaires du péritoine nous paraissent beaucoup plus souvent primitifs que secondaires, et viennent probablement soit par migration active d'un embryon depuis le tractus alimentaire, soit par voie sanguine.

IV. Le tableau clinique d'un kyste hydatique péritonéal non compliqué est dû à la pression exercée sur les parties voisines. Il est généralement caractérisé par une tumeur palpable. Les kystes solitaires sont d'habitude localisés dans le pelvis et doivent leurs signes spéciaux à la compression exercée sur le rectum, sur la vessie, enfin sur l'utérus et les annexes chez la femme.

V. Le diagnostic du kyste pelvien chez l'homme doit, le plus souvent, être fait grâce au sondage et à la cystographie.

Chez la femme, le diagnostic est très difficile et n'est fait que très rarement.

VI. Le diagnostic des kystes hydatiques du péritoine, en général, doit se baser : 1° Sur la présence d'antécédents positifs (opération antérieure pour kyste — crise abdominale aiguë — crise d'urticaire avec prurit généralisé ; 2° Sur les signes cliniques des kystes hydatiques ; 3° Sur les réactions de laboratoire ; 4° Sur la radiographie (avec pneumopéritoine chaque fois qu'on le pourra).

L'application plus courante d'une intradermo-réaction de Casoni permettait un diagnostic vrai plus fréquent.

VII. Des manifestations systématisées surviennent quand apparaît une complication. L'épanchement péritonéal de liquide hydatique donne le syndrome anaphylactique tandis que l'infection secondaire bactérienne donne la peinture clinique d'une infection péritonéale localisée. La régression ne s'accompagne pas d'habitude d'un changement de l'aspect clinique.

VIII. Le pronostic immédiat au point de vue de l'intervention opératoire dépend de l'âge du malade, de l'accessibilité et du nombre des kystes, de la présence de complications (infection ou rupture).

L'évolution est souvent fort longue.

Le pronostic, au point de vue du résultat final, est bon pour les kystes uniques, et très médiocre pour les kystes multiples, la cure radicale pouvant être très rarement faite même après de nombreuses opérations.

IX. Pendant l'opération, on doit éviter avec le plus grand soin de souiller le péritoine avec le contenu du kyste :

L'ablation complète du kyste (exocyste compris) est l'opération chirurgicale idéale.

Lorsqu'elle ne sera pas possible, enlever tout au moins la membrane germinative.

La réduction sans drainage après injection au formol donne des résultats satisfaisants.

La marsupialisation ne sera employée que si les deux autres types d'opération sont contre-indiqués.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président de thèse,
GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 décembre 1931,
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS

BIBLIOGRAPHIE

- Aimes.** — *Chirurgie du grand épiploon*, p. 170.
- Blanc et Wiess.** — Kyste hydatique péritonéal unique développé dans le petit bassin, *Lyon chirurgical*, 1910, p. 557.
- Bonamo.** — Les réactions biologiques de l'échinococcose secondaire après intervention, *Bolletino della sezione italiana della societa internazionale di microbiologia*, vol. III, fas. 3, mars 31, p. 37.
- Brun.** — Notes sur 147 cas chirurgicaux, *Revue Médico-Chirurgicale des maladies du foie*, p. 401-406, septembre 1927.
- Charbonnel.** — Echinococcose généralisée traitée par la radiothérapie profonde, *Bull. et mémoire de la Soc. nation. de chirurgie*, p. 1179-1183, 18 décembre 1926.
- Charrier et Gandy.** — Kyste hydatique du cul-de-sac de Douglas, *Journal de méd. de Bordeaux*, 1924, p. 91.
- Chavannaz et Guyot.** — *Mal. du pancréas, de la rate et du mésentère*, 1912, collection Le Dentu p. 380 et 388.
- Compan (Vicente).** — Etude des kystes hydatiques rétro-vésicaux, *Journal d'Urologie*, novembre 1928, p. 422-423.
- Del Campo (J. C.).** — Echinococcose secondaire poussée dans le péritoine, *Ann. de la Fac. de Méd. de Montevideo*, septembre-octobre 1928, p. 656-668.
- Hydo péritoine hydatique venue d'une rupture intrapéritonéale d'un kyste hydatique, *Revue Sud-Américaine de Méd. et de Chir.*, p. 177-191, février 1931.
- Dévé (F.).** — De l'échinococcose secondaire, *Thèse*, Paris, 1901-1902, 260 pages.
- La rupture intra péritonéale des kystes hydatiques du foie et ses conséquences cliniques, *Journal méd. français*, Paris, 1910, p. 535-537.
- Principes du traitement chirurgical des kystes hydatiques multiples du péritoine, *Ann. gén. de chirurgie*, Paris, 1913, p. 660-666.

- Dévé (F.). — Les kystes hydatiques du bassin, *Revue de chir.*, 1924, p. 5069.
- Dévé et Delacouré-Lafontaine. — Sable hydatique et radiothérapie pénétrante, *Compte rendu de la Société de Biologie de Paris*, 1924, p. 1365-1367.
- Dévé et M. Guerbet. — Formolage antitoxique préalable des kystes hydatiques, *Société de Biol. de Paris*, 1930, p. 20.
- Dew (H.). — Echinococcose secondaire, *J. Coll. Surgeons Australasia*, p. 337-350, mars 1929.
- Fairley (K. D.). — Echinococcose péritonéale, *Méd. Journal of Australia*, Sydney, 1922, p. 209-215.
- Ferrer (A.). — Kyste hydatique primitif du grand épiploon, *Presse Médicale*, 6 août 1913.
- Guichemerre. — Kyste hydatique pelvien, *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 3 juillet 1912, p. 956.
- Guyot et Guérin. — Sur un cas d'échinococcose péritonéale, *Journal de Méd. de Bordeaux*, septembre 27, p. 662.
- Guyot et Villar. — Echinococcose péritonéale, *Bordeaux chirurgical*, juillet 31, p. 301.
- Jeanne. — Echinococcose du péritoine vieille de 30 ans, *Normandie Médicale*, Rouen, 1919-1920, p. 209-215.
- Jeansotte. — Sur un cas d'échinococcose péritonéale secondaire *Thèse*, Bordeaux, 1922-1923, 43 p.
- Manassei. — Modification de la formule leucocytaire chez les porteurs de kystes, d'après les épreuves de Casoni et de Pontano, *La Riforma Medica*, 16 avril 23, p. 361-363.
- Mésegner. — Kystes hydatiques multiples du péritoine, *Revue de chirurgie*, 1911, p. 831.
- Ouspensky. — Les rayons X dans le diagnostic de la maladie hydatique, *Journ. de Radiologie*, juillet 1928, p.
- Owen. — Kyste hydatique du grand épiploon, *The medical journ. of Australia*, 19 nov. 1921.
- Paitre. — Le retour aux formules de sécurité dans le traitement des kystes hydatiques, *Archives de Méd. et Pharm. militaires*, avril 1928.
- Paitre et Carrive. — Kystes hydatiques multiples de l'abdomen, *Lyon chirurgical*, mai 1923, p. 791-793.
- Pollosson et Murard. — Kystes hydatiques multiples de la cavité abdominale et du pelvis, *Soc. des Sciences Méd.*, 12 juillet 1911, p.
- Prat. Domingo. — Symptôme, diagnostic, pronostic et traitement de l'hydoperitoine et du choleperitoine echinococciques,

Revue Sud-américaine de Méd. et de Chir., mars 1931,
p. 280-295.

Santy et Debove. — Kystes hydatiques secondaires du péritoine,
Lyon médical, 1913, p.209-215.

Tasso Astériades. — Kyste primitif de la cavité pelvienne, *Bulletin Médical*, 1924, p.660-662.

Tattoni. — Kyste hydatique solitaire et primitif du grand épiploon, *Giornale de clinica Médica*, an XI, fasc. 18, 30 déc. 1930, p. 1308-1318.

Unger et Blumental. — Diagnostic clinique et serologique de la maladie hydatique, *Deutsche medizinische Wochenschrift*, XLIX, n° 16, 20 avril 1923, p. 512-514.

